

様式 1

申込先 FAX 087-833-6780

令和7年度高齢者安全運転サポート事業申込書

香川県老人クラブ連合会 会長 様

申込日 令和 年 月 日

代表者	氏 名	(歳)
	住 所	〒
	連絡先	電 話 : (携帯 :) F A X :
参加者 (代表者以外) ※代表者を含め 最大6名	氏 名	(歳)
	氏 名	(歳)
	氏 名	(歳)
	氏 名	(歳)
	氏 名	(歳)
参加者の免許 の取得状況等	☐ 普通免許の交付を受けている ☐ 免許停止期間中でない ※確認のチェック☑をお願いします。 ※普通免許を持っていない方、免許停止中の方は参加できません。	
実施希望日・ 時間帯	第1希望 :	月 日 () 午前・午後・終日
	第2希望 :	月 日 () 午前・午後・終日
	第3希望 :	月 日 () 午前・午後・終日
※実施可能な時間帯を○で囲んでください。この日で調整できない場合は、別の日で再調整します。		
座学会場 (コミュニティ等)	☐ 受講者で会場（コミュニティセンター等の施設）を手配します。 ☐ 自動車教習所の教室を希望します。 ※どちらかにチェック☑してください。 ※自動車教習所で実施する場合は、移動時間の関係で実車講習が教習所周辺になります。 ※受講者で会場を手配する場合は会場の名称等を記載してください。	
	【名 称】 【所在地】 (電話) - -	
備 考	(講習内容や実車講習のコース等の希望があれば御記入ください。)	

※個人情報は、本事業目的以外には使用しません。